FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 23 Mai 1900, à 1 heure

PAR

E. ROBERT

Contribution à l'Étude clinique

DE

L'Ostéo-Sarcome de l'Os Iliaque

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : MM. KIRMISSON, RÉMY, LEJARS, *agrégés.*

Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ & C. NAUD, ÉDITEURS

3, Rue Racine, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 23 Mai 1900, à 1 heure

PAR

E. ROBERT

Contribution à l'Étude clinique

DE

L'Ostéo-Sarcome de l'Os Iliaque

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : MM. KIRMISSON, RÉMY, LEJARS, *agrégés.*

Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
GEORGES CARRÉ & C. NAUD, ÉDITEURS
3, Rue Racine, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MÉNÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
BROCA André.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LAUNOIS.	SÉBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEJARS.	THIÉRY.	
DESGREZ			

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

L'ostéosarcome de l'os iliaque est une affection relativement rare. C'est une des moins fréquentes parmi les localisations du sarcome des os. Plusieurs fois, dans le cours de nos études médicales nous avons eu l'occasion de voir combien le diagnostic en est parfois difficile, même aux plus habiles cliniciens et combien sont fréquentes les erreurs de diagnostic qui peuvent se produire. C'est ce qui nous a engagé à profiter de l'observation d'une malade que nous avons pu suivre dans le service du docteur Petit à la Pitié pour en faire l'objet de notre thèse. Nous devons également à Monsieur le professeur Jalaguier, que nous sommes heureux de remercier, une observation importante.

Notre travail n'a donc pour but que de passer en revue les symptômes de cette terrible affection et d'étudier les causes d'erreur possibles pour arriver plus sûrement au diagnostic de l'ostéo-sarcome.

Avant d'aborder notre sujet, il nous reste un devoir à remplir. Nous tenons à remercier nos maîtres à la Faculté

libre de Lille et dans les hôpitaux de Paris. Pour les nommer, il les faudrait citer tous, car ils ont des droits égaux à notre reconnaissance.

Monsieur le professeur Tillaux nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il veuille bien agréer l'expression de notre vive gratitude.

DIVISION

Nous ne considérons ici l'ostéo-sarcome de l'os iliaque qu'au point de vue clinique, laissant de côté l'étiologie, l'anatomie pathologique et le traitement de cette affection.

Nous décrirons dans un premier chapitre les symptômes de l'ostéo-sarcome de l'os iliaque en général, prenant pour type de notre description le cas le plus fréquemment observé.

Dans un deuxième chapitre, nous passerons en revue les principales formes que peut revêtir l'affection qui nous occupe.

Les complications de cette affection feront l'objet d'un troisième chapitre. Nous les étudierons avec quelques détails, car elles nous ont paru avoir été très négligées dans les différents travaux parus jusqu'ici sur ce sujet.

Un quatrième chapître sera réservé au diagnostic, qui, comme nous le verrons est souvent extrêmement délicat, du moins au début de l'apparition de la tumeur. C'est-à-dire au moment précisément où il est le plus important

de la reconnaître si l'on veut intervenir avec quelque chance de succès.

Nous terminerons enfin notre étude clinique sur l'ostéo-sarcome de l'os iliaque par quelques considérations sur le pronostic de cette terrible affection.

SYMPTOMES DE L'OSTÉO-SARCOME DE L'OS ILIAQUE EN GÉNÉRAL

Pour la commodité de la description, on peut distinguer dans l'évolution clinique de l'ostéosarcome de l'os iliaque en général trois périodes.

1° Une période de début pendant laquelle la tumeur n'est pas apparente cliniquement.

2° Une période d'état ou de tumeur.

3° Une période de terminaison.

Nous allons étudier successivement les symptômes de ces différentes périodes.

I. — Période de début

Il est difficile de dire d'une façon précise quand commence cette période et quand elle se termine. A ce moment les signes physiques n'existent pas encore et le médecin n'a à sa disposition pour se guider qu'un petit nombre de symptômes subjectifs, c'est-à-dire incertains et souvent même trompeurs.

Quoi qu'il en soit il est très fréquent de voir ces symptômes apparaître à la suite d'un traumatisme considérable Le fait a été très net dans notre observation personnelle. et nous l'avons également relevé dans un assez grand nombre d'observations déjà publiées et que nous rapporterons tout à l'heure.

Certains auteurs ont également prétendu qu'il n'était pas rare de voir apparaître les symptômes de la période qui nous occupe à la suite de manifestations rhumatismales qui, suivant ces auteurs, exerceraient alors une influence sur le développement de l'ostéosarcome.

Comme le fait remarquer Havage, dans sa thèse, on a le grand tort de rattacher à la diathèse rhumatismale qui ne joue d'ailleurs ici aucun rôle étiologique des phénomènes douloureux qui en réalité doivent être mis sur le compte de l'affection que nous étudions.

Les phénomènes douloureux ont été très bien analysés par Havage puisque, suivant cet auteur, on les retrouve environ sept fois sur dix. En tous cas ils sont très importants à connaître puisqu'ils sont les seuls symptômes de la période de début.

Les douleurs par lesquelles se révèle cette période sont d'ailleurs loin d'être quelconques. Comme l'ont démontré en effet, certains auteurs dans leurs ouvrages, ces douleurs peuvent revêtir les trois formes suivantes :

1° Douleurs bien localisées en un point de l'os iliaque ;

2° Douleurs vagues sans localisation précise ;

3° Douleurs sciatiques ayant la plus grande analogie avec les douleurs de la névralgie sciatique ordinaire.

A. Douleurs bien localisées en un point de l'os iliaque.

Quand il existe un traumatisme antérieur, il est presque impossible d'attribuer ces douleurs à leur véritable cause, car alors il est tout naturel de les mettre sur le compte du traumatisme et elles n'ont par suite aucune valeur. Il n'en est plus de même quand le traumatisme antérieur manque. Dans ce cas en effet les douleurs localisées acquièrent une grande importance et, si l'on veut bien y prendre garde, on pourra sinon faire un diagnostic très précis, à peu près impossible à cette période, du moins soupçonner avec quelques chances de probabilité une tumeur maligne de l'os iliaque.

Quoiqu'il en soit ces douleurs siègent exactement au point où se développera le sarcome. Elles sont toujours intermitentes et reviennent à des intervalles plus ou moins éloignés, tantôt spontanément, tantôt à l'occasion du moindre mouvement ou du moindre effort. Parfois intolérables, la moindre pression en tous cas les exaspère au point d'arracher des cris au malade.

Certains auteurs ont comparé la variété des douleurs qui nous occupe aux douleurs dont se plaignent les blessés pendant quelques jours à la suite des contusions ou des meurtrissures. Cette comparaison nous semble, en effet, juste dans la grande majorité des cas et c'est bien rarement que les phénomènes douloureux en question revêtent le caractère aigu comme s'ils étaient consécutifs à des accidents inflammatoires.

Quand aux douleurs pulsatiles signalées par les classiques elles sont fréquentes à la deuxième et à la troisième

période, elles sont, au contraire, tout à fait exceptionnelles dans la première.

On a beaucoup insisté sur la cause de ces douleurs localisées. Certains auteurs les ont attribuées à une irritation spéciale des filets nerveux qui pénètrent dans l'os au niveau de la région envahie par l'ostéo-sarcome qui se développe. Il nous semble beaucoup plus rationnel d'admettre que ces douleurs sont simplement dues à la compression des filets nerveux par la tumeur.

B. — Douleurs vagues sans localisation précise.

Exceptionnellement on a vu ces douleurs se révéler spontanément. Le plus souvent c'est à la suite de fatigues, d'une longue marche, par exemple, qu'on les observe. Elles sont vagues, mobiles, fugaces et intermittentes, du moins au début. Elles apparaissent indifféremment au niveau des principales articulations du membre inférieur correspondant à l'os iliaque malade. Tantôt c'est le cou-de-pied, le genou ou l'articulation coxo-fémorale qui est le siège de ces douleurs. Souvent, d'ailleurs, plusieurs de ces articulations sont prises simultanément.

Nous venons de voir qu'habituellement les phénomènes douloureux siégeaient au niveau des articulations. Il n'est cependant pas rare de voir ces phénomènes douloureux envahir successivement ou simultanément certaines régions musculaires telles que la région du mollet, la région sacro-lombaire, etc.

Nous avons dit tout à l'heure que les douleurs qui nous occupent actuellement étaient au début fugaces et inter-

mittentes. Mais, au fur et à mesure que la maladie progresse, ces douleurs augmentent d'intensité, en même temps qu'elles se rapprochent de plus en plus et tendent à devenir continues. Il n'est pas rare d'observer à ce moment des contractures et de l'impotence fonctionnelle du membre du côté de l'os iliaque malade.

C. — Douleurs ayant les caractères de la névralgie sciatique.

Cette variété de douleurs est beaucoup plus fréquente que les deux variétés précédentes puisqu'elle a été observée environ une fois sur trois par différents auteurs. Elles surviennent seulement en général plus tardivement et peuvent revêtir les différentes formes de la névralgie sciatique ordinaire.

Tantôt elles s'irradient dans une partie du territoire du nerf sciatique, tantôt, au contraire, elles envahissent tout le territoire de ce nerf. Les phénomènes douloureux, supportables et intermittents au début ne tardent pas d'augmenter graduellement d'intensité en même temps qu'ils tendent à devenir continus.

Comme dans la névralgie sciatique, il est possible, par une exploration méthodique, de constater l'existence d'un certain nombre de points douloureux bien déterminés signalés autrefois par Vallex. Le signe de Lasègue est également à peu près constant.

Au début les phénomènes douloureux ne s'accompagnent pas de troubles trophiques notables, il y a simplement de la névralgie sciatique. Plus tard, au contraire, il n'est pas rare d'observer une atrophie musculaire plus ou moins

considérable indiquant que désormais les phénomènes douloureux ne sont plus sous la dépendance d'une simple névralgie mais d'une névrite sciatique.

Dès que la sciatique est apparue elle possède d'emblée ses caractères qu'elle possédera jusqu'à la fin : l'acuité et la ténacité. Si par un traitement approprié on la fait disparaître on l'atténue pour quelque temps, on la voit réapparaître peu après aussi violente et elle n'est alors calmée par aucun moyen thérapeutique. La douleur dans certains cas est si intense qu'elle peut pousser les malades au suicide.

Grimard insiste également sur la brusque apparition de la sciatique dans l'ostéo-sarcome de l'os iliaque, toutefois il nous semble beaucoup exagérer lorsqu'il prétend qu'il faut songer à cette dernière affection « toutes les « fois qu'un sujet qui jouit d'une bonne santé générale « est saisi tout à coup sans motif apparent d'une dou- « leur atroce, lancinante qui parcourt tout le membre « inférieur depuis l'articulation sacro-iliaque jusqu'à l'ex- « trémité des orteils, douleur si vive que parfois la « marche est impossible. »

En parlant ainsi, en effet, Grimard oublie d'une part qu'il n'est pas absolument exceptionnel de voir une sciatique non consécutive à une tumeur maligne du bassin, quelquefois même essentielle, apparaître brusquement; et d'autre part, qu'il existe des faits rares il est vrai, mais incontestables, où la névralgie en question s'est développée lentement.

En revanche, on ne saurait trop insister sur ce fait, qu'une fois installée, la sciatique n'a aucune tendance à

rétrocéder. Les diverses médications analgésiques habituellement employées peuvent à la rigueur atténuer momentanément la douleur, mais celle-ci réapparaît bientôt avec une nouvelle acuité si le chirurgien n'intervient pas.

Ajoutons que la sciatique qui est ordinairement unilatérale a été observée bilatérale dans quelques cas exceptionnels.

Il est évident que le plus souvent cette névralgie est le résultat de la compression des nerfs sciatiques et de ses plexus d'origine par la tumeur et la preuve en est que dans les cas où l'autopsie a pu être pratiquée presque toujours cette compression était évidente.

Lorsque la névralgie est bilatérale, on admet que celle-ci est encore le résultat d'une compression de la tumeur, mais cette compression au lieu de porter sur le nerf sciatique, porterait sur l'origine des plexus sacrés. Dans ce cas le sacrum paraît toujours être envahi également par le néoplasme comme tendent à le prouver quelques observations rapportées d'autre part.

Suivant Grimard, la compression progressive du nerf sciatique et de ses rameaux d'origine par le néoplasme n'est pas la seule cause de la névralgie qu'on doive invoquer car cette cause n'explique nullement la soudaineté de la douleur « il se passe là quelque chose d'inexplicable une sorte de déclanchement survenant à la suite d'un mouvement ou d'un acte plus ou moins violent » (Grimard).

Terminons cette étude de la première période en faisant remarquer que quelquefois les différents symptômes

que nous venons d'énumérer manquent absolument. Dans ce cas, la tumeur se développe insidieusement sans douleur et son évolution se trouve réduite à la période d'état et à celle de terminaison.

II. — Période d'Etat ou de Tumeur

A cette période, la tumeur est le symptôme dominant, c'est la vraie période chirurgicale, c'est-à-dire celle pendant laquelle le chirurgien peut intervenir avec l'espoir d'obtenir quelque résultat.

L'apparition de la tumeur se fait à une époque très variable, suivant les cas, toutefois on peut dire d'une façon générale qu'elle a lieu environ un an après l'apparition des premiers symptômes.

Il n'est guère possible de faire une bonne description d'ensemble des symptômes physiques que présentent les sarcomes de l'os iliaque. Ces tumeurs diffèrent en effet notablement suivant que l'on se trouve en présence d'un sarcome periostique ou central et suivant que ce sarcome se développe vers l'extérieur de l'excavation ou, au contraire, vers l'intérieur. Supposons tout d'abord qu'il s'agisse d'un sarcome se développant extérieurement.

Ce sarcome peut être ou bien périostique ou central.

S'il est périostique on peut dire que d'une façon générale il tend à prendre la forme d'une sphère plus ou moins bosselée qui en tous cas se développe toujours très rapidement.

A son niveau, la peau est rarement normale. Habituellement elle est lisse et sillonnée de veinosités très saillantes. Quelquefois, on voit à sa surface un réseau de

gros vaisseaux lymphatiques, exceptionnellement elle rougit, puisque le sarcome ne suppure presque jamais.

La palpation permet de constater tout d'abord une consistance extrêmement variable suivant les cas. Tantôt en effet il s'agit d'une tumeur pseudo-fluctuante, tantôt, au contraire, il s'agit d'une tumeur plus ou moins dure. D'une façon générale cependant on peut dire que la consistance de l'ostéo-sarcome périostique est molle et inégale. Exceptionnellement la tumeur est en totalité ou partiellement pulsatile. La palpation permet également de constater que l'ostéo-sarcome périostique est implanté sur l'os iliaque non par un pédicule, mais par une large base et que s'il est possible de mobiliser la peau sur la tumeur il est par contre impossible de mobiliser celle-ci sur les plans profonds.

Les sarcomes centraux se présentent sous un aspect tout différent. D'abord, au lieu d'être globuleux et plus ou moins arrondis comme les sarcomes périostiques, ils sont aplatis et étalés et ressemblent, selon l'expression de Havage, plus à un empâtement qu'à une tumeur véritable.

La palpation fournit également ici des renseignements précieux, à la condition d'être pratiquée très minutieusement. On reconnaît ainsi que la tumeur est habituellement diffuse et plus ou moins dure. Souvent, presque toujours même, suivant certains auteurs, un palper attentif permettra de constater l'existence d'un signe de grande valeur : C'est la « crépitation parcheminée » qui est produite par l'effondrement des minces lamelles

osseuses qui constituent pour ainsi dire la charpente de la tumeur.

Autant les différents symptômes que nous venons de constater sont nets et faciles à percevoir quand la tumeur se développe extérieurement, autant ils sont difficiles à rechercher quand la tumeur se développe à l'intérieur de l'excavation pelvienne. Il faut alors pratiquer soigneusement la palpation profonde de la cavité abdominale et surtout ne pas omettre le toucher rectal et le toucher vaginal qui sont assurément ici la meilleure méthode d'exploration.

L'examen clinique est particulièrement difficile quand la tumeur siège haut car alors elle ne peut être explorée ni par le vagin ni par le rectum soit au contraire quand elle siège très bas car alors elle met obstacle au toucher rectal et au toucher vaginal.

L'engorgement ganglionnaire n'est pas fréquent, mais quand il existe, il a une valeur clinique et pronostique considérable. Dans ce cas, il apparaît généralement au niveau de la région inguinale du côté malade. Quant à la ponction exploratrice, elle a été tour à tour conseillée et interdite par les auteurs. Nous n'insisterons pas sur ce procédé d'exploration.

Toutefois, nous pensons, avec Havage, que ce procédé pourra rendre quelques services quand le diagnostic sera très hésitant. Un écoulement de sang plus ou moins coloré confirmera alors le diagnostic d'ostéo-sarcome. Ajoutons qu'avant de pratiquer la ponction, le chirurgien devra s'entourer des précautions antiseptiques les plus minutieuses.

Tels sont les signes physiques les plus importants de l'ostéo-sarcome de l'os iliaque à la période d'état.

A ces signes physiques se joignent des symptômes fonctionnels sur lesquels il est inutile d'insister puisque ces symptômes sont communs à toutes les tumeurs qui se développent au niveau de la région qui nous occupe. Nous ne ferons que les énumérer. Ce sont, outre des troubles de la locomotion qui résultent du voisinage du plexus sacré et des sciatiques, des troubles de compression du côté des organes du petit bassin : Urèthre, vessie, uretères, rectum, vaisseaux iliaques. Les complications intéressantes qui résultent de la compression de ces organes seront étudiées tout à l'heure avec quelques détails. Signalons enfin pour finir la fièvre sarcomateuse bien décrite pour la première fois par Verneuil, qu'on retrouve dans tous les ostéo-sarcomes et qui est plus ou moins élevée suivant le cas.

III. — Période de Cachexie ou de Terminaison

Cette période survient plus ou moins rapidement suivant les formes. Elle apparaît, par exemple, beaucoup plus vite dans la forme périostique que dans la forme centrale. Toutefois il n'existe pas de ligne de démarcation bien nette entre elle et la précédénte.

Le symptôme dominant ici est l'amaigrissement. Cet amaigrissement quelquefois lent et progressif, est, au contraire, parfois très rapide, en même temps que le malade perd l'appétit et refuse de s'alimenter. Quelquefois cependant, l'appétit est conservé jusqu'à la terminaison fatale. A cette époque, la peau qui recouvre la

tumeur, devient violacée, s'amincit et ne tarde pas à se laisser perforer par des bourgeons sarcomateux. Ces bourgeons sarcomateux qui saignent facilement ne tardent pas à devenir énormes et recouvrent la tumeur à la façon de gros champignons.

Les douleurs à cette période méritent d'être étudiées avec quelques détails. Dans quelques cas, elles sont intermittentes et surviennent alors sous forme de crises atroces qui arrachent des cris au malade. Dans d'autres cas, au contraire, elles sont continuelles avec exacerbations plus ou moins vives sous l'influence du moindre mouvement ou de la moindre pression. En certains cas exceptionnels la douleur est nulle pour ainsi dire.

Habituellement la mort survient par suite du progrès de la cachexie et de la généralisation pulmonaire. Cependant il est très fréquent de voir le malade succomber à l'une des complications que nous étudierons tout-à-l'heure et dont les plus fréquentes sont : les hémorrhagies, les thromboses et les embolies sarcomateuses, l'envahissement des organes voisins et l'infection.

Formes

L'ostéo-sarcome de l'os iliaque peut se présenter sous 8 formes différentes qui sont les suivantes :

1° Forme commune ;

2° — Périostique ;

3° — Centrale ;

4° — dans laquelle la tumeur se développe extérieurement ;

5° Forme dans laquelle la tumeur se développe intérieurement ;

6° — douloureuse tardivement ;

7° — indolore ;

8° — pulsatile.

En réalité il nous est impossible de distinguer de la forme commune les 4 formes suivantes. C'est pourquoi nous avons cru devoir les décrire toutes simultanément dans notre forme classique. Il ne nous reste donc plus à étudier que les trois dernières formes.

Forme indolore

Elle est exceptionnelle, certains auteurs la mettent même en doute. Il en existe cependant une observation incontestable rapportée par Mauny. Dans cette observation, il s'agissait d'une femme en travail présentant une tumeur énorme inplantée sur l'éminence iléo pectinée et s'opposant absolument à l'engagement de la tête fœtale. Cette tumeur n'avait jamais déterminé la moinde douleur, c'est pourquoi la malade négligente ne s'en était jamais plaint.

Forme douloureuse tardivement

Dans cette variété clinique les premiers symptômes qui attirent l'attention du chirigien sont les symptômes physiques. Ce n'est qu'à la 3e période, alors que sont déjà apparus les troubles de l'état général « amaigrissement, perte d'appétit, diminution des forces » que surviennent les douleurs. Celles-ci, d'abord légères et intermittentes,

ne tardent pas à devenir atroces, continuelles et s'irradient principalement soit sur le trajet des sciatiques soit dans la direction des différentes branches du nerf crural.

Forme pulsatile

Cette forme serait exceptionnelle, suivant certains, auteurs, suivant d'autres, au contraire, elle serait beaucoup moins rare qu'on ne le croit, mais elle passe souvent inaperçue parce que les pulsations ne sont pas très nettes. Quand les battements sont très intenses le diagnostic est loin d'être toujours évident, car alors l'analogie est quelquefois très grande avec un anévrisme des grosses artères de la région fémorale ou iliaque. La palpation complète, les renseignements fournis par l'inspection, permettent de constater facilement un mouvement d'expansion synchrone à la systole cardiaque. Ce mouvement d'expansion est suivi aussi d'un affaissement de la tumeur.

Si l'on comprime les vaisseaux au dessous du néoplasme on augmente l'énergie des pulsations. Si l'on comprime les vaisseaux au dessus de la tumeur on diminue, au contraire, notablement les battements. Enfin, l'auscultation de la tumeur révèle l'existence d'un souffle habituellement très net, intense même et coïncidant avec la systole cardiaque.

On comprend d'après les symptômes qui précèdent que le sarcome pulsatile ait été souvent confondu avec un anévrisme. Nous verrons pourtant tout à l'heure, à propos du diagnostic, que les deux affections sont absolument différentes et qu'il est relativement facile de les distinguer l'une de l'autre.

COMPLICATIONS

Suivant l'ussage nous étudierons successivement : 1° les complications qui résultent de l'augmentation de volume de la tumeur et 2° celles qui résultent de la nature de celle-ci.

1° *Complications déterminées par l'augmentation du volume de la tumeur*

Nous avons déja signalé à propos de l'étude des symptômes la compression exercée par la tumeur sur les organes du voisinage. Tant que cette compression n'est pas considérable, les symptômes sont peu accusés et ne doivent pas être étudiés à part. Au contraire, ceux-ci deviennent très marqués et méritent le nom de complications lorsque la tumeur, soit par son volume soit par sa situation, comprime d'une façon notable les organes du voisinage au point de nuire plus ou moins à leur fonctionnement.

Il est rare que l'artère iliaque externe soit très aplatie au point d'être oblitérée complètement. Cependant le fait a paraît-il été observé et a eu comme conséquence une

atrophie considérable du membre correspondant. En revanche la circulation a été souvent très compromise du côté des veines iliaques et cette gêne de la circulation veineuse a donné lieu alors à un œdème énorme. Nous n'insisterons pas sur la compression des nerfs sciatiques ou du plexus sacré qui détermine naturellement une exagération des douleurs dans le domaine des nerfs comprimés.

Habituellement le rectum est simplement un peu aplati ce qui donne lieu à une constipation plus ou moins opiniâtre, exceptionnellement cependant l'oblitération de l'intestin a été complète au point de donner lieu à des phénomènes d'occlusion intestinale.

Il est rare que l'urèthre soit comprimé et donne lieu de pratiquer le cathétérisme. Cependant le fait a été observé et on a également vu des cas où la tumeur comprimant l'un des uretères avait donné lieu à des symptômes d'hydronéphrose du côté du rein correspondant.

Il nous faut maintenant étudier, avec quelques détails l'influence du sarcome de l'os iliaque sur l'évolution de la grossesse et sur le mécanisme de l'accouchement. Nous laisserons d'ailleurs de côté la conduite à tenir en pareil cas, car cette question nous entraînerait beaucoup trop loin.

« Il est intéressant de noter que la dyptocie ne se rencontre guère quand le sarcome siège sur l'ilium et cela se comprend aisément car la tumeur est surtout extrapelvienne. Les sarcomes centraux prédisposent moins également que les sarcomes periostiques à cause de leur volume en général moindre. Ce sont surtout les tumeurs

envahissant le voisinage de l'articulation sacro-iliaque, l'Ischion, et surtout le Pubis qui forment, dans l'immense majorité des cas, obstacle à l'accouchement. »

Il n'est pas nécessaire que la tumeur soit très volumineuse, quelques centimètres suffisent pour rendre le diamètre utile impraticable. Il est de plus évident qu'un sarcome volumineux mais mou et légèrement réductible constituera un obstacle de moindre importance qu'un sarcome plus petit mais dur et irréductible.

D'abord l'avortement et l'accouchement prématurés sont extrêmement fréquents ce qui s'explique par ce fait que l'utérus comprimé supérieurement par le néoplasme ne peut se développer dans l'abdomen. De plus la tête fœtale s'applique habituellement mal à l'aire d'un détroit supérieur rétréci et déformé par la présence d'une tumeur plus ou moins considérable située à ce niveau. Aussi les présentations vicieuses sont-elles extrêmement fréquentes.

Ajoutons, enfin, que si le sarcome de l'os iliaque a une influence considérable sur l'évolution de la grossesse et le mécanisme de l'accouchement, il est également vrai de dire que la grossesse et l'accouchement ont, dans la grande majorité des cas, une influence considérable sur le développement du néoplasme auquel ils donneront pour ainsi dire, suivant l'expression consacrée, une sorte de coup de fouet.

II. — *Complications dues à la nature de la Tumeur*

1° Généralisation. — La Généralisation est celle des sarcomes en général et se fait par embolie. Les organes

les plus fréquemment atteints sont, par ordre de fréquence, le poumon, le rein, le foie, le cœur, les os, la rate.

2° LA SUPPURATION. — Grimard, dans sa thèse, signale quatre cas de suppuration de l'os iliaque dont deux cas à la suite de couches. C'est d'ailleurs le seul auteur qui la signale, elle est par conséquent excessivement rare.

3° PROPAGATION AUX OS VOISINS. — Le sacrum et les vertèbres sont fréquemment atteints par propagation dans les cas d'ostéo-sarcome de l'os iliaque quand la tumeur siège au voisinage des articulations sacro-iliaques. Havage, Gillet, Virchow admettent également la propagation à la tête fémorale, mais Grimard la nie absolument.

4° THROMBOSES, EMBOLIES. — Les vaisseaux englobés par la tumeur peuvent se détruire partiellement, auquel cas la thrombose est constituée par la tumeur elle-même. Dans d'autres cas, la paroi vasculaire se laisse seulement détruire en un point très limité et par ce point pénètre un bourgeon sarcomateux qui forme thrombose.

Une fois constituée la thrombose peut se fragmenter et alors un de ces fragments entraîné dans le torrent circulatoire, va s'arrêter dans l'artère d'un organe plus ou moins important. Les organes les plus fréquemment atteints à ce sujet sont, par ordre de fréquence : poumon, rein, foie, cœur, os, rate et cerveau. Les symptômes consécutifs de l'embolie varient alors suivant les organes atteints.

5° HÉMORRHAGIE. — Elle n'est pas très fréquente. En tout cas, elle ne s'observe que tout-à-fait à la période ultime. On l'a cependant observée à la seconde période à

la suite d'une intervention exploratrice et elle a été habituellement, dans ces cas, très difficile à arrêter, quelquefois même mortelle.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif de l'ostéo-sarcome de l'os iliaque est le plus souvent extrêmement difficile. Rarement le médecin peut être affirmatif. Presque toujours le diagnostic ne peut être posé qu'avec plus ou moins de chances de probabilités. Il est alors fondé sur l'examen rigoureux de tous les symptômes que nous avons déjà passés en revue dans notre premier chapitre. Ces symptômes nous les avons étudiés avec suffisamment de détails pour n'avoir plus à y revenir. D'ailleurs, ici comme dans tous les cas où il s'agit d'une affection rare et plus ou moins mal déterminée, c'est surtout par élimination qu'il faut procéder. C'est donc au diagnostic différentiel qu'il faut avoir recours et c'est pourquoi nous allons insister plus particulièrement sur ce diagnostic.

L'ostéo-sarcome étant une tumeur ne peut évidemment être confondu qu'avec des tumeurs qui peuvent siéger soit en dehors de l'os iliaque, soit sur l'os iliaque lui-même. Voyons d'abord celles qui siègent sur l'os iliaque.

Parmi celles-ci une des plus fréquentes est assurément

l'adénite iliaque. Cette dernière qui siège habituellement au niveau des fosses iliaques internes se présente presque toujours sous forme de masse irrégulière, mammelonnée, dure, plus ou moins mobile, en tous cas jamais complètement immobile par suite de son adhérence intime au squelette comme le sarcome osseux. D'ailleurs, dans la grande majorité des cas, les adénites iliaques sont symptomatiques d'une affection du voisinage, par exemple d'un cancer ou d'ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques. Il faudra donc examiner avec la plus grande attention tous les organes dont les lymphatiques se rendent aux ganglions iliaques. Ajoutons d'ailleurs que quelque soit leur origine et leur nature, les adénites iliaques primitives ou secondaires présentent, outre les symptômes que nous avons déjà indiqués plus haut, d'autres caractères assez spéciaux. C'est ainsi quelles sont généralement un peu douloureuses à la pression et qu'elles n'engendrent pour ainsi dire jamais ces troubles de compression que nous avons décrit à propos de l'ostéo-sarcome de l'os iliaque.

Les lipomes de la fesse ont dans certains cas simulé d'une façon presqu'absolue les ostéo-sarcomes de l'os iliaque, ce qui se comprend aisément puisque les trois grands caractères de lipomes en général sont précisément la mollesse, la lobulation, la pseudo-fluctuation, caractères communs avec le sarcome. Ici le diagnostic se tire le plus souvent commodément de la marche de la maladie qui est extrêmement lente à l'inverse de ce qu'on constate dans le sarcome. C'est ainsi que ce dernier évolue habituellement en quelques mois avec des symptômes de

cachexie grave tandis que le lipome reste ou à peu près stationnaire et ne retentit pour ainsi dire jamais sur la santé de l'individu.

Les angiomes et les lymphangiomes qui s'observent souvent chez de très jeunes sujets présentent souvent une grande ressemblance au premier aspect avec l'ostéosarcome, mais le diagnostic ne saurait rester longtemps en suspens pour un clinicien exercé, car ici les douleurs n'existent pas ou du moins sont légères et, de plus, l'évolution est tout à fait différente. Ajoutons que la palpation et les touchers rectal et vaginal permettent souvent de constater l'intégrité absolue de l'os iliaque.

Les anévrismes des artères iliaques ou fessières qui eux-mêmes constituent une affection relativement très rare ont souvent été confondus avec les sarcomes de l'os iliaque par d'éminents chirurgiens et, comme le dit fort bien un auteur, Fergusson, l'artère iliaque interne a été liée presque aussi souvent pour un sarcome pulsatile de l'os iliaque que pour un anévrisme vrai. Ici, comme dans le cas précédent, il faut surtout tenir compte de la marche de la maladie qui sans doute est progressive dans les deux affections mais qui est particulièrement rapide dans le cas de sarcome. Il faudra aussi prendre en grande considération les symptômes « de débilitation de faiblesse et de douleur » qui malgré l'existence de pulsations seront plutôt caractéristiques d'une tumeur maligne que d'une tumeur anévrismale. Ajoutons enfin que la ponction toujours préconisée par tous les auteurs, comme ressource ultime, ne devra jamais être pratiquée dans le cas

de tumeur pulsatile car on s'exposerait alors, en cas d'erreur de diagnostic, à ouvrir un anévrisme.

L'ossification du Psoas iliaque a été, paraît-il, plusieurs fois constatée et dans les différents cas publiés, presque toujours la tumeur faisait absolument corps avec l'os iliaque (voir Mémoire de Legros, *Bulletin Société anatomique* 1862). On conçoit qu'en pareil cas le diagnostic différentiel soit absolument impossible, nous n'insisterons donc pas. Toutefois, comme dans les cas précédents, c'est surtout la marche de l'affection qui éclairera le clinicien. Les phlegmons iliaques, lorsqu'ils évoluent d'une façon aigüe, se reconnaissent facilement grâce à leurs symptômes habituels (douleur, tuméfaction et même fluctuation, fièvre, etc.) Mais d'autrefois, exceptionnellement d'ailleurs, les phlegmons iliaques évoluent pour ainsi dire d'une façon tout à fait insidieuse et alors leur évolution peut faire songer à un ostéo-sarcome. Ici c'est la ponction qui tranche le diagnostic, il ne faut pas d'ailleurs oublier que dans certains cas les ostéo-sarcomes, eux aussi, peuvent suppurer au point de simuler de simples abcès. Ce fait a été observé rarement, mais il a été observé et par conséquent doit tenir en éveil l'attention du chirurgien. Nous n'insisterons pas ici sur le diagnostic différentiel avec les tumeurs des différents organes contenus dans le petit bassin, car il suffit dans ces différents cas d'examiner la connextion de la tumeur avec l'organe en question (utérus, ovaire, rectums, iliaque, etc.) pour éviter une erreur fâcheuse.

Il paraît aussi que plusieurs fois au moment de l'accouchement la tumeur sarcomateuse aurait été confondue avec la tête fœtale ou inversement par d'éminents

accoucheurs. En tout cas c'est là une confusion qui ne peut être que passagère et qui nous semble un peu trop extraordinaire pour nous y attarder.

Tumeurs siégeant sur l'os iliaque lui-même

En premier lieu il nous faut signaler ici parmi les affections qui simulent le plus l'ostéo-sarcome, l'ostéo-périostite tuberculeuse. Celle-ci en effet s'accompagne de nombreux symptômes analogues à ceux qui nous occupent : douleur, tuméfaction, engorgement ganglionnaire, cachexie rapide, etc. Toutefois nous pouvons dire que d'une façon générale le sarcome évolue beaucoup plus rapidement que l'ostéite tuberculeuse, de plus il progresse d'une façon *constante et régulière* en gardant une consistance uniforme, tandis qu'habituellement l'ostéite tuberculeuse procède par poussées successives et s'accompagne au bout d'un temps très variable de la production d'un abcès. On pourra nous faire observer à ce sujet que dans certaines variétés de sarcome comme nous l'avons vu à propos des symptômes il existe une pseudo-fluctuation bien difficile à différencier de la vraie, d'où l'impossibilité à peu près absolue de distinguer un abcès d'avec un sarcome pseudo-fluctuant. A cette objection nous répondrons que tout d'abord une main exercée arrive à peu près toujours à distinguer la vraie fluctuation de la fausse et qu'ensuite, à supposer qu'un doute persiste il sera toujours facile de trancher la difficulté par la ponction exploratrice aseptiquement pratiquée. S'agit-il d'un sarcome la ponction nous permettra simplement de retirer un peu de sang. S'agit-il d'un abcès tuberculeux la ponction cette fois donne franchement issue à un

quantité de pus plus ou moins considérable. Sans doute, dans certains cas, l'abcès n'étant pas collecté la ponction ne fournit que des renseignements insignifiants mais on est alors autorisé à pratiquer soigneusement sous chloroforme une petite ouverture au bistouri qu'on refermera soigneusement après avoir retiré des débris de tumeur. Le plus souvent un simple examen macroscopique suffira pour reconnaître la nature de celle-ci mais dans certains cas cependant on fera mieux de recourir à l'examen microscopique.

C'est ainsi que Cassau, dans sa thèse, rapporte un cas dans lequel le professeur Demons fut obligé de recourir à la ponction au bistouri puis à l'examen histologique pour affirmer le diagnostic de sarcome, alors que les confrères qui l'appelaient pensaient à une ostéite tuberculeuse.

La coxalgie, et surtout la sacro-coxalgie, ont été également quelquefois confondus avec le sarcome de l'os iliaque. Cette confusion s'explique d'autant plus facilement que le sarcome a deux sièges d'élection, l'un au niveau de l'articulation sacro-iliaque, l'autre au niveau de l'articulation coxo-fémorale (cavité cotyloïde) et qu'il peut ainsi donner lieu à des symptômes fonctionnels du côté des jointures qu'ils occupe. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de rencontrer des attitudes vicieuses de la jambe telle que par exemple flexion avec adduction et rotation en dedans ou encore et plus fréquemment flexion avec abduction et rotation en dehors.

Toutefois le diagnostic entre la coxalgie et la sacro-coxalgie est le plus souvent très facile. Tout d'abord

d'une façon générale le sarcome de l'os iliaque donne lieu à une douleur spontanée, intense, qu'on n'observe jamais soit dans la coxalgie, soit dans la sacro-coxalgie. De plus, dans ces deux variétés d'affections, les mouvements de l'articulation ne tardent pas à devenir très gênés et même impossibles de telle sorte que les attitudes vicieuses du membre inférieur se corrigent très difficilement. Dans le sarcome, au contraire il est bien rare que la jointure voisine perde ses mouvements et c'est à peine si ceux-ci sont quelque peu douloureux. Enfin le sarcome est constitué par une véritable tumeur qui, comme nous l'avons déjà dit, évolue d'une façon constante et régulière tandis qu'au contraire dans la coxalgie et la sacro-coxalgie, il n'y a pas à proprement parler tumeur, mais seulement tuméfaction et même plutôt et simplement tendance à la production d'un abcès. L'ostéo-myélite de l'os iliaque peut aussi dans certains cas surtout lorsqu'elle évolue insidieusement simuler à s'y méprendre l'ostéo-sarcome. Nous nous contenterons simplement de rappeler ici le cas que nous allons longuement rapporter plus loin et dans lequel le professeur Jalaguier, après avoir posé pendant plusieurs jours le diagnostic d'ostéo-sarcome, pratiqua la ponction et reconnut alors qu'il s'agissait d'une ostéo-myélite ayant pour point de départ la crête iliaque au voisinage de l'articulation sacro-iliaque.

Il paraît que la périostite syphilitique, elle aussi, a été confondue à différentes reprises avec l'ostéosarcome, nous en avons nous-même rapporté un cas. Toutefois cette confusion doit être excessivement rare et pour l'éviter il suffit certainement aux cliniciens d'étudier

avec quelques détails les antécédents de la maladie, le mode de début et la marche. Nous n'insisterons pas davantage sur la confusion possible de l'ostéo-sarcome avec les cals difformes et les déformations rachitiques car la connaissance des antécédents et l'examen attentif des os ne permet guère à notre avis une semblable erreur.

Les fibromes de l'os iliaque constituent des tumeurs extrêmement rares, en tous cas ils se distinguent facilement des sarcomes par leur forme arrondie, leur aspect lisse, leur consistance dure, renittente et enfin leur évolution sans retentissement sur l'état général.

Exostoses. — Les exostoses diffèrent absolument des sarcomes parce qu'elles ont un début lent, insidieux, parce qu'elles sont indolores et, enfin, parce qu'elles sont dures et irrégulières.

Les Kystes hydatiques de l'os coxal ressemblent à s'y méprendre aux sarcomes centraux. Dans les deux cas, en effet, on a du boursouflement de la crépitation parcheminée de la douleur par compression, etc. Il n'y a donc qu'un moyen de trancher ce diagnostic qui se posera d'ailleurs bien rarement, c'est de faire la ponction exploratrice. Dans le cas de kyste hydatique, nous aurons un liquide clair, dans le cas de sarcome, nous aurons un liquide sanguignolent.

Les Enchondromes sont également souvent très difficiles à différencier des sarcomes de l'os iliaque; comme ces derniers, en effet, ils s'accompagnent habituellement de douleurs sciatiques extrêmement violentes et atteignent souvent un volume énorme. Toutefois, l'enchondrome, après un début lent, insidieux, se met pour ainsi dire,

tout-à-coup, à augmenter rapidement de volume, tandis qu'au contraire, comme nous l'avons vu, la marche du sarcome est toujours constante et régulière. De plus, dans le cas d'enchondrome, l'augmentation de volume se fait pour ainsi dire toute entière en dehors de l'os sans aucune tendance à l'envahissement de celui-ci, le point primitivement atteint restant seul atteint. Ce n'est pas tout au début l'enchondrome a une consistance régulièrement dure, absolument distincte alors de celle du sarcome, plus tard, comme le sarcome, l'enchondrome devient bosselé, mais les bosselures de celui-ci, qui présente d'ailleurs une consistance différente, n'ont jamais la mollesse des bosselures sarcomateuses. Le siège d'élection des deux variétés de tumeur n'est d'ailleurs pas le même, c'est ainsi par exemple que le sarcome siège de préférence au niveau des fosses iliaques, tandis qu'au contraire l'enchondrome se développe de préférence aux extrémités antérieurs et postérieurs de l'os coxal. Enfin, cette dernière tumeur ne détermine des troubles généraux que tout à fait à sa période ultime, tandis que le sarcome retentit très vite sur l'état général.

Une fois le diagnostic de sarcome posé, le clinicien ne devra pas s'arrêter là, il faudra encore déterminer à qu'elle variété il a affaire, mais nous avons suffisamment insisté dans un des chapitres précédents sur les symptômes des différentes formes pour n'avoir pas à y revenir ici. Pour la même raison nous ne nous arrêterons pas au diagnostic des complications que nous avons longuement étudié plus haut.

PRONOSTIC

Le sarcome de l'os iliaque abandonné à lui-même suit commme nous l'avons déjà dit une marche régulière et progressive plus au moins rapide et aboutit finalement à la période de cachexie qui est la période ultime à moins qu'une complication n'emporte au préalable le malade. D'une façon générale le pronostic du sarcome est donc extrêmement grave, fatal même, l'évolution se fait habituellement en moins d'une année, mais cette durée est assez variable, suivant la forme de la maladie. C'est ainsi par exemple que le sarcome périostique marche beaucoup plus vite que le sarcome central C'est ainsi que la tumeur est bien plus grave lorsqu'elle évolue plus du côté du bassin que du côté extérieur, enfin il est aussi évident que le sarcome évolue d'autant plus rapidement d'une façon générale qu'il se développe chez un sujet plus jeune.

L'intervention malheureusement ne modifie pas beaucoup le pronostic. Jamais, en effet, elle ne paraît avoir été franchement curative, et dans la grande majorité des cas la cicatrisation est à peine fini qu'apparaît la récidive. Nous n'avons pas d'ailleurs à nous occuper ici du traitement puisque notre étude se réduit à une étude clinique, mais nous nous permettrons cependant de faire remarquer que les sujets atteints de Sarcome souffrent tellement que vraiment l'intervention, si dangereuse qu'elle soit, est cependant suffisamment légitimée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (PERSONNELLE)

Ostéo-sarcome de l'os iliaque du côté gauche. — Pas d'intervention. Mort par généralisation. — Autopsie.

Eugénie L..., âgée de 38 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Trousseau, lit n° 34, dans le service du docteur André Petit, en mai 1899. Elle porte une tumeur assez volumineuse au niveau du côté gauche du bassin. Ce n'est pas pour cette tumeur qu'elle entre à l'hôpital. Elle tousse, a de la fièvre, aussi entre-t-elle dans un service de médecine.

Antécédents héréditaires. Son père est mort à 50 ans, hydropique. Il était alcoolique. Sa mère est morte à 40 ans de tuberculose pulmonaire. Un de ses frères est mort à 20 ans également de tuberculose pulmonaire. Actuellement, la malade a un frère âgé de 30 ans et une sœur âgée de 34 ans tous deux très bien portants.

Antécédents personnels. La malade a toujours été très bien portante dans son enfance. Mariée à 20 ans, elle a eu 4 accouchements : le 1er à 22 ans ; le 2e à 24 ans ; le 3e à 28 ans ; le 4e à 30 ans.

Les trois premiers accouchements se sont très bien passés mais le 4e a été pénible et depuis la malade s'est toujours

plainte de douleurs dans le ventre. En même temps ses règles devenaient irrégulières et dans l'intervalle elle avait des pertes blanches abondantes.

Il y a 3 ans, en descendant dans une cave, la malade glissa dans l'escalier et tomba sur le côté gauche. La hanche de ce côté porta particulièrement sur une marche et le choc fut tel, qu'un médecin appelé crut d'abord à une fracture de la partie supérieure de la cuisse. La blessée était en effet complètement impotente de sa jambe et souffrait atrocement au moindre mouvement. Cependant, au bout de quelques jours de repos, les phénomènes douloureux avaient en grande partie disparu et au bout de 15 jours, la malade se levait. Toutefois, à partir de son accident, celle-ci se sentit toujours faible de sa jambe gauche. Elle se fatiguait plus vite que de coutume et sentait « craquer sa jambe » chaque fois qu'elle faisait un mouvement. Elle fut alors traitée pour une arthrite sèche et on lui fit, sans résultat d'ailleurs, de nombreuses applications de pointes de feu sur la région malade.

Un peu plus d'un an et demi après l'accident, c'est-à-dire il y a environ 14 mois, la malade s'aperçut qu'elle avait au niveau de la hanche gauche ou plus exactement à la partie postérieure de celle-ci, une « bosse » peu saillante, mais large, assez dure et non douloureuse. Le médecin consulté attribua cette grosseur au traumatisme antérieur et rassura d'abord la malade et son entourage.

Pendant quelques mois, la tumeur se développa lentement, progressivement, en s'étendant surtout du côté de la cuisse mais en ne déterminant aucune douleur et en ne gênant pas les mouvements de la hanche. C'est pourquoi, malgré les conseils de son médecin qui commençait à s'inquiéter et à réserver son pronostic la malade refusa de consulter un chirurgien.

Il y a 8 mois environ, les mouvements de l'articulation de la hanche gauche, jusque-là faciles deviennent presque impossibles très rapidement en 4 ou 5 jours et bientôt la cuisse fut immobilisée en flexion légère sur le bassin, de sorte que la ma-

lade, pour marcher dut dorénavant se servir d'une béquille. C'est à cette époque que commencèrent à apparaître au niveau de la tumeur des douleurs intermittentes tantôt légères, tantôt vives. Les douleurs survenaient surtout la nuit, lorsque la patiente était couchée sur le dos. Il suffisait alors qu'elle changeat de position de façon à ce que sa hanche gauche ne reposât plus sur le plan du lit pour faire cesser ses souffrances ou tout au moins les atténuer.

A ce moment seulement la malade se décida à venir à la consultation de chirurgie à l'Hôtel-Dieu où on lui dit d'entrer dans le service. Mais, comme une intervention était indispensable, la malade prit peur et retourna chez elle. Les douleurs augmentèrent graduellement d'intensité et de fréquence. Depuis un mois environ, celles-ci étaient continuelles, mais présentaient des exacerbations atroces avec irradiations dans toute la jambe gauche. Des injections de morphine seulement apportaient quelque soulagement à la malade.

La tumeur, dans ces derniers mois, s'était développée très rapidement, envahissant successivement la face postérieure, puis les faces latérales de la cuisse. L'état général d'ailleurs était devenu mauvais. La malade, très amaigrie, était faible et avait perdu l'appétit. Enfin, comme depuis quelques jours elle toussait et avait de la fièvre, elle se décida à venir à l'hôpital de la Pitié où elle fut admise dans la salle du Dr André Petit.

Examen à l'entrée : la hanche gauche et la cuisse du même côté tout complètement déformés par une masse énorme qui en haut remonte jusqu'au bord supérieur de l'os coxal, dont elle semble revêtir à peu près complètement la surface externe, et qui, en bas, descend un peu au dessous du milieu de la cuisse, dont elle recouvre non seulement la face postérieure, mais encore la plus grande partie des faces latérales.

Cette tumeur est aplatie et un peu plus bombée au niveau de la hanche, tandis qu'inférieurement, au contraire, elle est très développée et présente une multitude de saillies de toutes dimensions dont les plus inférieures sont les plus volumineuses.

La peau qui les recouvre est normale en haut, mais elle est violacée et semble amincie en bas, surtout au niveau des grosses bosselures.

En dehors de la tumeur qu'elle présente, la jambe gauche est très atrophiée, la cuisse est d'ailleurs à peu près complètement immobilisée en flexion légère sur le bassin. En revanche, les mouvements de la jambe sur la cuisse s'exécutent normalement. Il n'y a pas le moinde œdème malléolaire.

Palper : la tumeur est partout très molle, au niveau de la cuisse elle présente même par places une véritable fluctuation. La peau qui recouvre la tumeur, très mobile et souple au niveau du bassin, est au contraire sinon adhérente, au moins peu mobile au niveau de la cuisse. Quant à la tumeur elle-même, elle semble faire corps avec l'os coxal et le fémur. Cette dernière est indolente au palper dans la plus grande partie de son étendue, cependant, en arrière du grand trochanter et à la partie postérieure et supérieure de la cuisse, la moindre pression donne lieu à des douleurs extrêmement vives qui s'irradient dans la zone du nerf sciatique.

D'ailleurs les phénomènes douloureux existent d'une manière constante, seulement par moment ils présentent des exacerbations sous forme de crises qui reviennent à l occasion du moindre mouvement et même spontanément, ajoutons qu'il y a élévation de température très nette au niveau de la tumeur et que les ganglions inguino-cruraux sont un peu engorgés.

Appareil respiratoire : Depuis une quinzaine de jours la malade tourne beaucoup, elle crache et ses crachats sont épais, un peu sanguinolents. La percussion révèle une zone de submatite très nette à la base du poumon droit. Rien au niveau du poumon gauche, à l'auscultation, on entend des râles sibilant disséminés dans les deux poumons et des râles sous crépitants, très fins et nombreux à la base du poumon droit.

Appareil circulatoire : Bruits du cœur normaux, pouls assez bien frappé, régulier, rapide.

Appareil digestif : Pas d'appétit, digestions pénibles, constipation opiniâtre.

Les urines très foncées ne contiennent ni albumine ni sucre.

La température le soir, oscille entre 38.5 et 39.

D'après les symptômes qui précèdent, on fait le diagnostic d'ostéosarcome de l'os iliaque avec généralisation pulmonaire probable.

Au bout de quelques jours, la fièvre tombe et les symptômes pulmonaires disparaissent presque complètement, la malade avait de la broncho-pneumonie simplement. Une fois remise, la malade demanda elle-même à entrer en chirurgie. Elle fut admise dans le service de Monsieur le professeur Berger d'où on la renvoya en médecine, la tumeur étant inopérable. Celle-ci continua à augmenter rapidement de volume. Au mois de septembre il se fit à la partie supérieure de la cuisse deux ulcérations présentant chacune les dimensions d'une petite paume de main et par lesquelles s'échappaient des bourgeons sarcomateux saignant facilement. Bien que la cachexie à ce moment fut extrême, la malade résista encore deux mois à sa terrible affection et ce ne fut qu'au mois de novembre qu'elle succomba avec des phénomènes fébriles et des symptômes pulmonaires analogues à ceux qu'elle présentait à son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Une dissection attentive de la tumeur permit de se rendre un compte exact des rapports qu'affectait celle-ci, d'une part avec les parties molles, d'autre part avec le squelette.

Au niveau de la hanche, la tumeur était recouverte par une épaisseur considérable de parties molles, les muscles fessiers en particulier bridaient en quelque sorte la masse sarcomateuse, d'où la forme aplatie qu'affectait celle-ci supérieurement. Le grand fessier était indemne, mais le moyen et le petit fessier ainsi que le pyramidal et les jumeaux étaient en partie dégénérés et fusionnés avec la tumeur. Cette dernière, comme nous l'avons déjà dit à propos des symptômes, descendait le long de la face postérieure de la cuisse, jusqu'au dessous du milieu de

celle-ci. En arrière elle était tout à fait superficiel car elle avait englobé tous les muscles et venait même faire saillie au dehors par deux orifices situés un peu au-dessus du milieu de la cuisse. Latéralement au contraire, la tumeur était recouverte par une grande épaisseur de parties molles et il était encore possible de reconnaître à ce niveau les différents plans musculaires. Le nerf sciatique cheminait dans une partie de son étendue en plein milieu de la masse sarcomateuse qui envoyait même un petit prolongement pelvien à travers la grande échancrure sciatique et à la partie postérieure et supérieure du sourcil cotyloïdien. A ce niveau l'os coxal avait une consistance telle qu'on pouvait le couper facilement avec un couteau. L'articulation coxo-fémorale était complètement ankylosée et sa face postérieure faisait absolument corps avec la tumeur. La face antérieure, au contraire, était à peu près indemne. Les os avaient conservé à ce niveau leur consistance dure. Plus bas, la masse sarcomateuse adhérait à la face postérieure du fémur dans sa moitié supérieure environ, mais les adhérences n'étaient guère intimes que dans le tiers supérieur. La tumeur avait une coloration grisâtre au niveau du bassin, tandis qu'elle avait une coloration rougeâtre au niveau de la cuisse, surtout inférieurement. Sa consistance, d'une manière générale était molle mais cette molesse était particulièrement marquée en bas.

Les poumons, surtout le poumon droit, étaient criblés de noyaux sarcomateux et il y avait par places adhérence des deux feuillets pleuraux. Le foie, la rate étaient également parsemés de noyaux sarcomateux mais ceux-ci étaient beaucoup moins nombreux qu'au niveau des poumons. Les ganglions lymphatiques abdominaux étaient volumineux et engorgés. Le cœur, le cerveau, les reins et les organes pelviens étaient absolument indemnes. L'examen histologique fait au laboratoire de M. Macaigne à l'amphithéâtre des hôpitaux a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome encéphaloïde, probablement d'origine périostique.

OBSERVATION II

Osto myélite de l'os iliaque simulant un ostéosarcome (Observation recueillie dans le service du docteur Jalaguier).

Georges M..., entre le 20 mars 1900 dans le service de M. le professeur Jalaguier, à l'hopital des Enfants assistés, pour une tumeur de la hanche gauche.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Le petit malade n'a jamais eu d'affection autre que celle qu'il présente actuellement. Malheureusement les renseignements qui nous sont fournis sur l'origine de sa maladie actuelle sont extrêmement obscurs.

L'enfant aurait commencé à souffrir il y a un mois 1/2 environ. Pendant 15 jours, la nourrice ne s'en est pas préoccupée et a continué à le laisser aller et venir en lui appliquant des cataplasmes. Au bout de ce temps, un médecin appelé a simplement prescrit l'immobilisation et ce traitement ayant paru extraordinaire à la nourrice, on alla consulter une rebouteuse qui fit des massages et des frictions à l'alcool camphré. Enfin le mal empirant, on se décide à l'envoyer à l'hôpital dans le service du Dr Jalaguier le 20 mars. A ce moment l'état du petit malade est le suivant : Il ne semble pas souffrir spontanément, il est incapable de marcher, il n'a pas de fièvre, son état général est excellent et toujours au dire de la nourrice il n'aurait pas maigri ces derniers temps. A l'inspection on constate que la région fessière gauche très distendue est parcourue par de nombreuses veinosités bleuâtres. La tumeur remonte en haut jusqu'à la crête iliaque. En bas elle déborde le pli fessier, en arrière elle va jusqu'à la crête sacrée, en avant elle atteint la région trochanterenne. Les mouvements de l'articulation coxo-femorale semblent conservés intégralement et sont peu douloureux.

La palpation qui semble également peu douloureuse permet de constater une fluctuation assez vague dans toute l'étendue de la tumeur. Les ganglions de l'aine gauche sont notablement engorgés.

Devant ces différents symptômes M. Jalaguier songea nettement à un ostéosarcome.

Cependant le 22 mars, probablement à la suite de l'application d'un pansement humide, l'aspect de la tumeur devint un peu inflammatoire, les veinosités disparurent et la peau prit une coloration rosée. Indécis, M. Jalaguier pratiqua une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz et retira du pus verdâtre. L'abcès fut aussitôt ponctionné avec un gros trocart et l'on fit suivre la ponction de plusieurs lavages à l'eau bouillie. Quantité de pus retiré environ 200 gr. Le pus, examiné par M. Nobécourt, chef de laboratoire, contenait des staphylocoques. Le 24 mars, M. Jalaguier devant les indications bactériologiques, incisa l'abcès sur une étendue de 4 cent. à la partie moyenne de la région fessière. Il s'écoula une grande quantité de pus malgré la ponction de la veille. Lavage soigné à l'eau bouillie. Drainage et pansements sec. L'os iliaque est dénudé sur une surface grande environ d'une pièce de cinquante centimes. Elle se trouve tout près de l'articulation sacro-iliaque à environ un centimètre en dessous de la crète iliaque.

30 mars. — On refait le pansement peu sali, on enlève les drains et les crins.

11 avril. — La plaie est complètement guérie.

OBSERVATION III (1)

Sarcome de l'os iliaque droit

Je fus appelé il y a quelques années, à voir en consultation une jeune fille de 17 ans, qui portait dans le ventre, depuis

(1) DEMONS. In *Th.* Grimard, Paris 1896-1897. Observation II.

quelque temps — du moins on ne s'en était aperçu que deux ou trois mois auparavant — une tumeur qui fut reconnue par la ponction exploratrice pour être un kyste dermoïde de l'ovaire. Mais en même temps, elle se plaignait de douleurs vives sur le trajet du nerf sciatique droit. Tous les moyens usités contre la névralgie sciatique avaient été employés sans succès. Les douleurs, loin de se calmer devenaient chaque jour plus vives, les mouvements du membre étaient de plus en plus difficiles, la santé générale chancelait rapidement.

On s'aperçut un jour qu'il existait dans la fosse iliaque, profondément une tuméfaction ferme, résistante qui, graduellement et rapidement augmentait de volume.

Quand je vis cette jeune fille, je la trouvai couchée, son membre inférieur étant dans l'adduction et la rotation en dedans ; les mouvements spontanés ou provoqués étaient difficiles et très douloureux, la malade continuait à éprouver des douleurs très grandes le long du nerf sciatique. La fesse était naturellement tuméfiée, la peau n'avait pas changée de coloration. Par la palpation, on sentait une tumeur grosse comme les deux poings, occupant la fosse iliaque entière et s'enfonçant profondément et sans limite précise du côté de l'iléon et de la cavité cotyloïde ; cette tumeur était immobile. L'état général était mauvais, la face pâle, l'amaigrissement accentué, l'appétit très médiocre.

Progressivement tous ces symptômes généraux et locaux s'aggravèrent et deux mois plus tard la tumeur avait triplé de volume. La jambe était diminuée de moitié. La malade mourut 8 mois après le moment où elle avait commencé à se plaindre de douleurs qu'on attribua tout d'abord à l'exercice forcé que faisait cette jeune fille en jouant à la paume ou à un refroidissement qu'elle aurait pris consécutivement.

On n'avait constaté la présence de la tumeur que deux mois après l'apparition de ces douleurs, contre lesquelles on avait épuisé tout l'arsenal thérapeutique dont on se sert d'habitude pour combattre les névralgies sciatiques.

Dans les derniers moments de la vie, l'amaigrissement était devenu prodigieux, et la tumeur était plus grosse que la tête d'un adulte. La pauvre jeune fille était incapable de faire le moindre mouvement sans souffrir d'une manière affreuse et les injections répétées de chlorydrate de morphine sous la peau pouvaient seules lui apporter quelque soulagement. A mesure qu'elle grossissait, cette tumeur se ramollissait ; les veines superficielles se dilataient ; c'était selon toute probabilité un sarcome encéphaloïde.

Au point de vue étiologique, on ne trouve rien sur les antécédents de la famille et aucun traumatisme certain ne peut être invoqué pour expliquer les productions de ce néoplasme. Cependant, la jeune fille, en jouant à la paume, dans un mouvement un peu brusque, avait ressentie une sensation de déchirure dans la région fessière, peu de temps avant l'apparition des douleurs considérées tout d'abord comme névralgiques.

OBSERVATION IV (1)

Sarcome de l'os iliaque gauche comprimant et divisant les plis nerveux du grand sciatique — Autopsie.

E. S...., âgée de 55 ans, entre à l'hôpital le 13 février 1861.

Il y a quatre ans elle a fait une chute sur la hanche gauche, et depuis elle a toujours plus ou moins souffert dans le voisinage du point qui a frappé le sol. Les douleurs qu'elle éprouvait n'étaient cependant pas assez vives pour l'empêcher de travailler. Dans la nuit de Noël dernier, elle ressentit brusquement une violente douleur prenant naissance au niveau du

(1) Page. *The Lancet* 1862.

sacrum, s'irradiant à la cuisse gauche et jusqu'au pied. Depuis ce moment la douleur n'a jamais disparue et ne s'est jamais calmée.

Quand elle entra à l'hôpital elle était pâle et amaigrie. Les douleurs présentaient tous les caractères de la sciatique la plus aiguë et s'irradiaient un peu du côté droit. Elle fut purgée et soumise à un traitement ioduré sans aucune amélioration. Une injection hypodermique d'acétate de morphine procura à la malade une demi-heure de sommeil, puis les douleurs réapparurent aussi violentes qu'auparavant. Ces injections furent plusieurs fois répétées sans bon résultat. Même pendant les courtes périodes de sommeil que lui procurait l'opium, la malade continuait à se plaindre de ses douleurs. Elle ne pouvait demeurer longtemps dans la même position et restait couchée tantôt sur le dos, tantôt sur le côté droit.

L'examen du rectum ne donna aucun renseignement et on ne rencontra aucune tumeur dans l'abdomen.

Le 12 mars érysipèle de la face.

Pendant la dernière semaine de sa vie, les douleurs devinrent encore plus violentes et étaient exagérées par le moindre mouvement de la jambe gauche.

La mort survint le 16 mars au milieu d'un demi-délire causé probablement par la grande souffrance.

Autopsie : Tous les viscères sont sains, sur la face interne de l'os iliaque gauche, on trouve une tumeur grisâtre arrondie, volumineuse comme une orange qui comprime et divise les filets du nerf grand sciatique. L'os était ramolli au point de se laisser couper par le couteau. L'énoncé histologique démontra qu'il s'agissait d'un sarcome encéphaloïde.
